Przewodnik Pielęgniarski

Dodatek do Nowin Psychjatrycznych

Poświęcony pielęgniarstwu psychjatrycznemu dla użytku personelu szpitali psychjatrycznych.

Rok IV. Dziekanka 1932. Kwartał I-II.

Założyciel i redaktor Al. PIOTROWSKI.

Administracja: Zakład Psychjatryczny Gniezno — Dziekanka.

Cena abonamentu: 2.— zł. rocznie, 1.— zł. półrocznie, 0.50 zł. kwartalnie.

Poza abonamentem 1.— zł za egzemplarz.

Treść zeszytu 1932, I-II.

Przyczyny chorób psychicznych.[1])

Skreślił Dr. STANISŁAW ŚWIERCZEK — Dziekanka.

Przy rozpatrywaniu przyczyn chorób wszelkich wogóle, a więc także i chorób psychicznych, musimy odróżniać przyczyny zasadnicze czyli główne od przyczyn dodatkowych.

Te przyczyny dodatkowe (pomocnicze) wyzwalają, jak mówimy, tylko daną chorobę lub powodują dodatkowe powstanie pewnych jeszcze objawów chorobowych. I tak naprzykład, morfiniści są często dziedzicznie upośledzeni (psychopaci) i to jest główna przyczyna ich choroby, przyczyną dodatkową jest u nich często albo zawód (aptekarz), lub też ciężka choroba cielesna, w której podawano im dla uśmierzenia bólów dużo morfiny. Te ostatnie czynniki ułatwiają u nich powstanie choroby Jeżeli przypomnimy sobie główne okresy rozwoju człowieka to łatwiej nam będzie też ugrupować przyczyny chorób psychicznych, zależnie od tego, w którym z tych okresów działają czynniki szkodliwe, to jest właśnie przyczyny chorób. Te najważniejsze postacie, czy okresy rozwojowe człowieka są: 1) komórka płciowa, 2) płód, 3) poród, 4) dziecko, 5) okres dojrzewania płciowego, 6) okres dojrzałości, 7) okres przekwitania, 8) starość. Pewne przyczyny, jak dziedziczność, mogą w różnych okresach organizmu ludzkiego powodować chorobę psychiczną inne, jak n. p. ciąża, tylko w jednym z tych okresów (dojrzałość). Każdy wiek (okres rozwoju) ma swoje specjalne choroby cielesne i psychiczne.

Ogólnie dzielimy wszelkie przyczyny chorób psychicznych na następujące najważniejsze grupy: 1) dziedziczność, 2) choroby zakaźne, 3) zatrucia, 4) choroby cielesne, 5) szkodliwości pewnych czynności organizmu (ciąża) oraz szkodliwości wywołane przez okresy rozwojowe (starość), 6) szkodliwości cywilizacji, 7) szkodliwości czyli przyczyny psychiczne.

1) *Dziedziczność.* Pewne choroby psychiczne przodków mogą się wprost przenosić na potomstwo (n. p. upośledzenie umysłowe) lub też ułatwiać u potomstwa powstawanie chorób psychicznych (takich samych lub innych). Zwyrodnienie (degeneracja), czyli obniżenie normalnej wartości i czynności orga-

---

[1]) Wykład wygłoszony w dniu 15. I. 31 w Gnieźnie dla inteligencji z cyklu wykładów organizowanych przez Kurję Biskupią w Gnieźnie.

nizmu jest właśnie wywołane przez choroby przodków i daje usposobienie do chorób u potomstwa. Ludzi ze zwyrodnieniem psychicznem nazywamy obciążonymi dziedzicznie. Wreszcie do wielkiej grupy przyczyn chorób psychicznych, które nazywamy dziedzicznością zaliczamy tak zwane uszkodzenia komórek płciowych przez choroby zakaźne (gruźlica, syfilis) oraz zatrucia (alkohol, morfina, ołów) a więc uszkodzenie zdrowych przedtem komórek zarodkowych rodziców (zdrowych psychicznie) na krótko stosunkowo przed zapłodzeniem.

2. *Choroby zakaźne* są przyczyną licznych chorób psychicznych; i tak syfilis powoduje porażenie postępujące, ostre (krótkotrwałe) choroby zakaźne (tyfus i grypa) powodują majaczenia gorączkowe i inne, zwykle krótkotrwałe, przemijające choroby psychiczne. Podobnie, jak syfilis mogą pewne choroby zakaźne (zapalenie mózgu, opon mózgowych, grypa) spowodować długotrwałe (chroniczne) choroby psychiczne. Choroby zakaźne mogą we wszystkich okresach rozwoju organizmu wywołać choroby psychiczne (jak wyżej podano mogą nawet uszkadzać komórki płciowe).

3. *Podobnie* też zatrucia działać mogą szkodliwie i wywołać choroby psychiczne we wszystkich wyżej podanych okresach rozwojowych człowieka. Najważniejszą trucizną jest tutaj alkohol, który należy do kilku najczęstszych przyczyn chorób umysłowych. Zatrucie alkoholowe może dać zarówno choroby psychiczne pijaka jak i jego potomstwa. Pozatem należą tu morfina, kokaina i inne lekarstwa (wywołujące upojenie) następ nie ołów, rtęć i t. p. Do zatruć należą też pewne choroby cielesne (cukrzyca) o czem poniżej.

4) *Liczne choroby* cielesne (niezakaźne) powodują choroby psychiczne. I tak choroby gruczołów, zwanych gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu (tarczyca, przysadka mózgowa i inne) mogą spowodować choroby psychiczne n. p. kretynizm wskutek wola. Choroby serca, nerek i inne mogą też niekiedy powodować zaburzenia psychiczne. Wreszcie urazy cielesne (upadek i stłuczenie głowy, porażenie prądem elektrycznym) mogą spowodować krótkotrwałe zaburzenia psychiczne lub też przewlekłe choroby (epilepsja urazowa).

5) *Szkodliwości* pewnych czynności organizmu oraz okresów rozwojowych. Do tych pierwszych należą przedewszystkiem menstruacja i ciąża oraz jej następstwa (poród, połóg).

Pogarszają one zwykle już istniejące choroby. Ponadto u ludzi usposobienia (obciążonych dziedzicznie) wywołują często krótkotrwałe przemijające choroby („rozstrój psychiczny“) lub wyzwalają utajone choroby. W porodzie może nastąpić uszkodzenie główki (mózgu) dziecka, co spowodować może n. p. upośledzenie umysłowe.

Co do szkodliwości pewnych okresów rozwojowych to najważniejsze są te okresy, w których zachodzą poważne zmiany całego organizmu, a mianowicie dojrzewanie płciowe (pokwitanie), przekwitanie (klimakterjum) i starość. Dużo chorób psychicznych rozpoczyna się w okresie dojrzewania płciowego (n. p. otępienie wczesne). W okresie przekwitania (u kobiet) powstają pewne melancholje. Usposobienie (dziedziczne) do pewnych chorób psychicznych ujawnia się często właśnie w tych okresach krytycznych organizmu. Starość jest to zanikanie pewnych części narządów organizmu lub ich przemiana, prowadzące do obniżenia wydajności pracy. Zmiany zanikowe mózgu w starości powodują otępienie starcze, zmiany tętnic, ich stwardnienie (arterjoskleroza) powodują specjalne otępienie arterjosklerotyczne i t. p.

6) *Szkodliwości cywilizacji.* Wśród ludności wielkich miast, gdzie są gorsze warunki hygjeniczne spotyka się częściej choroby cielesne i psychiczne, ponadto warunki życia w wielkich miastach są zwykle znacznie uciążliwsze (walka o byt), są one więc także niehygjeniczne pod względem psychicznym (troska, zgryzoty, obawa, wszelkie przykre przeżycia psychiczne, a więc dostarczają więcej przyczyn psychicznych dla chorób umysłowych.

7) *Ostatnia* bardzo ważna grupa przyczyn to przyczyny psychiczne, a więc wszelkie przeżycia i to zwykle o treści smutnej (zmartwienia, smutki, niepowodzenia, przestrach i t. p.). Przeżycia te wywołać mogą zwłaszcza u osób usposobionych mianowicie mniej odpornych psychicznie t zw. psychopatów — choroby psychiczne (n. p. zaburzenia psychiczne histeryczne).

Chinina.

Podała Dr. E. STEJKOWSKA - DEJTEROWA Dziekanka.

Chinina jest swoistym lekiem w zimnicy, prócz tego stosuje się ją w wielu innych zachorzeniach, zwłaszcza w zapaleniu płuc i grypie. Chininę wydobywa się z kory drzewa „chin-

chona". Nazwa tego drzewa i leku pochodzi od hrabiny Del Chinchon, która pierwsza w r. 1639 przywiozła korę chinową z Peru do Europy. Krąży ciekawa legenda o odkryciu kory chinowej przez Europejczyków: Krajowcy Peru oddawna znali lecznicze działanie pewnego gatunku drzew (chinowych), jednak pod groźbą kary śmierci, nie wolno im było zdradzić tajemnicy obcokrajowcom. 100 lat po zdobyciu Peru przez Hiszpanję, przebywała w Peru wicekrólowa, hrabina Del Chinchon i zachorowała na malarję. Hrabina miała wierną służebnicę Zumę, córkę wodza jednego ze szczepów osiadłych w Peru. Chcąc uzdrowić swą panią, Zuma wmieszała zbawienny proszek do napoju dla chorej. Przyłapaną przy tej czynności, skazano ją na śmierć w mniemaniu, że chciała otruć panią Del Chinchon. Zuma nawet pod grozą śmierci nie wyjawiła tajemnicy proszku. Hrabina nie wierząc w możliwość zbrodniczych zamiarów wiernej swej służebnicy, ułaskawiła ją. Krajowcy, wzruszeni dobrocią wicekrólowej i zachowaniem się Zumy, sami wyjawili tajemnicę, poczem hrabina korę tę przywiozła do Hiszpanji i rozpowszechniła ją.

Według danych historycznych, duże zasługi w rozpowszechnianiu chininy mają Jezuici. Działanie chininy jest następujące: hamuje wytwarzanie się ciepła w tkankach, jest środkiem przeciwzapalnym, zatruwa pasorzyty malarji, usuwając nietylko istniejące napady malarji, lecz, zażyta jako środek ochronny, nie dopuszcza do rozwoju pasorzytów w razie dostania się ich do krwi.

Kilka wiadomości o malarji i jej leczniczem zastosowaniu w chorobach psychicznych.

Podała Dr. E. STEJKOWSKA DEJTEROWA (Dziekanka)

W ostatnich latach w lecznictwie chorób psychicznych, zwłaszcza chorób, powstałych na tle kiły (syphilis) pierwsze miejsce zajmuje malaryzacja. Personel pielęgniarski, stykający się bardzo często z chorymi na malarję, zainteresuje się z pewnością szczegółowszemi wiadomościami o tej chorobie. Malarja czyli zimnica należy do chorób zakaźnych i powstaje na skutek wtargnięcia do czerwonych ciałek krwi swoistych pasorzytów zwierzęcych. Pewien gatunek komarów przy ukąszeniu chorego na zimnicę, zaraża się nią i przy następnem ukłuciu

człowieka zdrowego zaszczepia mu te pasorzyty. Pasorzyty malarji są to małe kulki protoplazmy, które wnikają do czerw. ciałek krwi, rozmnażają się tam, po pewnym czasie rozpadają się na zarodki, opuszczają krwinki i znów każdy zarodnik atakuje nowe czerwone ciałko krwi. Po ukłuciu przez komara, lub po sztucznem zaszczepieniu, następuje okres wylęgania trwający od 6—12 dni; jest to czas rozmnażania się pasarzytów do tego stopnia, aby mogły spowodować objawy chorobowe. Gdy świeżo wyrojone pokolenie zarodników atakuje czerwone ciałka krwi, powstaje napad gorączkowy, a kiedy zarodniki do krwinek już wtargnęły i tam przechodzą cykl rozwoju, wtedy temperatura ciała opada powoli aż do wyrojenia się nowego pokolenia. Istnieją trzy rodzaje malarji: trzeciaczka, czwartaczka, i forma podzwrotnikowa. W pierwszej formie napady gorączkowe występują co 3 dzień, w drugiej formie co czwarty dzień; malarja podzwrotnikowa jest najzłośliwszą, gdyż tu napady występują przeważnie codziennie i trwają bardzo długo, 36—48 godz.

Może się zdarzyć, że we krwi żyje jednocześnie kilka pokoleń pasorzytów tak, że podczas gdy jedno pokolenie atakuje krwinki czerwone, drugie przechodzi swój okres rozwoju. Tak więc napady gorączkowe mogą się powtarzać nieregularnie. Objawy choroby są następujące: po lekkiem niedomaganiu zjawia się silny dreszcz, skóra chłodna i blada tętno przyśpieszone, temperatura podnosi się; po ½—1 godz. dreszcze ustępują, chory płonie, temp. wznosi się do 40°, czasem jeszcze wyżej, brak jest łaknienia, czasami bywają wymioty. Pod lewym łukiem żebrowym wyczuwa się obrzmiałą śledzionę. Temperatura utrzymuje się na najwyższej wysokości 2—5 godzin, poczem występują silne poty i temperatura ciała opada do normy. Jak już na wstępie wspomniałam, stosuje się dziś malarję w celu leczniczym w różnych przypadkach psychjatrycznych, szczególniej w schizofrenji, epilepsji i w chorobach na tle luetycznem. Najlepsze wyniki, oddaje ta terapja w paraliżu postępującym, prawie żadnych w schizofrenji i epilepsji, natomiast opisywano dobry skutek malarji w epilepsji na tle kiłowem. Na czem polega lecznicze działanie malarji na schorzenia luetyczne — niewiadomo dokładnie. Jedni badacze są zdania, że sama wysoka temperatura działa zabójczo na krętki blade, inni uważają, że malarja wywołuje powstanie

w organiźmie pewnych ciał odpornościowych, są jeszcze inne teorje których w krótkim tym referacie trudno przytoczyć.

W celu sztucznego zaszczepienia malarji zastrzykuje się pacjentowi 4—5 cm^3 krwi pobranej od chorego na malarję, któremu uprzednio zbadano krew na odczyn Wassermanna t. j. w kierunku kiły, aby nie przenieść wraz z pasorzytami malarji zarazków kiły. Krew tę zastrzykuje się podskórnie, domięśniowo lub dożylnie. Najkrótszy jest okres wylęgania przy dożylnem, najdłuższy przy podskórnem zaszczepieniu.

W zależności od sił chorego dopuszcza się przeciętnie 8—15 napadów gorączkowych, poczem zimnicę przerywa się podawaniem pacjentowi chininy.

STRESZCZENIA.

DR. CZESŁAW WROCZYŃSKI: Szkolenie pielęgniarek Zdrowie, 1930 nr. 23.

Ogromny brak wykwalifikowanych sił pielęgniarskich dał się odczuć w Polsce już przed 10 ciu laty, kiedy to przystąpiono do tworzenia całego szeregu placówek społeczno-lekarskich, jak poradnie dla matek i niemowląt, przychodni przeciwgruźliczych, ośrodków zdrowia i t. d. Wówczas z wielkim zapałem poczęto organizować krótkoterminowe kursy w celu przygotowania potrzebnych zastępów pielęgniarek lub hygjenistek. Znaczna ilość kandydatek ukończyła powyższe kursy, lecz niestety wiadomości zdobyte w tak krótkim czasie okazały się z biegiem lat zamałe w porównaniu do wymagań jakie się stawia obecnie pielęgniarkom wykwalifikowanym posiadającym egzamin państwowy. Wskutek tego wśród pielęgniarek lub hygjenistek, które ukończyły krótkoterminowe kursy, spotyka się już obecnie znaczną ilość bezrobotnych, zapotrzebowanie pielęgniarek wykwalifikowanych (z egzaminem państwowym) jest nadal jeszcze duże. Obecnie mamy w Polsce 6 szkół pielęgniarstwa. Program tych szkół jest oparty na następujących zasadach:

1) kandydatki winny mieć ukończone 6 klas szkoły średniej.
2) kandydatki winny mieszkać w internacie, będącym przy szkole, w celu przeprowadzenia systematycznego wychowania, tak pod względem etycznym, jak i kulturalnym, oraz przyzwyczajenia do rygoru. W ten sposób osoby

nie nadające się do zawodu pielęgniarskiego same dobrowolnie opuszczają szkołę.

3) Nauka składa się z teorji i praktyki szpitalnej i społecznej. Wykłady teoretyczne trwają 8 miesięcy. Praktyka szpitalna i społeczna 18 miesięcy. Praktyka szpitalna obejmuje choroby wewnętrzne, chirurgję, (praca na sali operacyjnej i opatrunkowej) położnictwo, ginekologję, klinikę dziecięcą.

4) Na czele szkoły stoi doświadczona pielęgniarka, posiadająca odpowiednie studja, dłuższą praktykę, oraz zdolności wychowawcze i autorytet. Jej współpracowniczkami są instruktorki klasowe, szpitalne i społeczne, które wspólnie z uczennicami pracują w odpowiednich szpitalach lub instytucjach społeczno-lekarskich.

5) Wykłady teorytyczne obejmują w najkrótszych zarysach najważniejsze wiadomości, potrzebne pielęgniarkom z zakresu anatomji, fizjologji, bakterjologji, chemji, higjeny, wychowania fizycznego, odżywiania, kuchni, receptury, oraz zasad pielęgniarskich.

6) Absolwentki szkół pielęgniarskich winne być sumiennemi pracowniczkami, posiadać zamiłowanie do tego zawodu, oraz stać na odpowiednim poziomie kulturalnym, gdyż społeczeństwo ma na nich zwrócone oczy.

Wprowadzenie w życie wyżej wymienionych zasad jest rzeczą bardzo trudną i wymaga dużego nakładu pracy i wytrwałości, tak ze strony uczennic jak i nauczycieli, szczególnie obecnie gdy kraj nasz przechodzi okropny kryzys gospodarczy i nie jest w stanie wyasygnować odpowiedniej sumy na budowę gmachu pod szkołę i internaty, które dotychczas muszą się mieścić w prywatnych mieszkaniach. Mimo tego nasze władze państwowe starają się popierać w miarę możności szkoły pielęgniarskie, przyznając im stypendja, oraz zwiększając dotacje budowlane. Jeżeli teraz porównamy wiedzę osiągniętą przez pielęgniarkę z kursów krótkoterminowych z wiedzą pielęgniarek ze szkół odpowiednich, a więc dwuletnich, to jest rzeczą całkiem jasną i nie ulega żadnej kwestji i dyskusji, że dłuższe, gruntowniejsze i systematyczniejsze nauczenie w szkole pielęgniarskiej, połączone z dłuższą praktyką pod kierownictwem i przy współpracy wykwalifikowanych instruktorek da społeczeństwu jednostkę pożyteczniejszą i pewniejszy zarobek danym

kandydatkom, niż po ukończeniu kursów krótkoterminowych, podczas których jest rzeczą niemożliwą w ciągu krótkiego okresu wyżej wymienione zasady przeprowadzić, nawet licząc na nadzwyczajne zdolności słuchaczek i sprzyjające warunki i okoliczności. Wobec tego kursy krótkoterminowe zostaną bez wątpienia zniesione w najkrótszym czasie, a ich słuchaczki z rozpaczą spostrzegą, że na rynku pracy są mniej cenione od absolwentek dwuletnich szkół pielęgniarskich W najkrótszym czasie sprawy zawodu pielęgniarskiego będą unormowane ustawowo tak, jak to już ma miejsce w położnictwie, wówczas absolwentki krótkoterminowych kursów pielęgniarskich nie będą mogły stanąć na równi z pielęgniarkami wykwalifikowanemi (z egzaminem państwowym) a co zatem idzie i sprawa zarobkowania pogorszy się odpowiednio.

Streściła: Dr. A. ZAKRZEWSKA (Dziekanka)

K. MATZKE: Einiges über Beobachtungskranke (§ 51 R. St. G. B.) **(Kilka uwag o obserwacji chorych podsądnych)** Geisteskrankenpflege 1931, 1.

Matzke w swoim krótkim artykule ma na uwadze dozór nad osobą, która za przekroczenia prawne, została oddana przez sąd pod obserwację do zakładu psychjatrycznego. O ile rzeczywiście stwierdzi się u niej objawy choroby psychicznej, nie jest przed sądem odpowiedzialna, a w zakładzie uważana jest na równi z innymi pacjentami. Obserwacja ta trwa przez 6 tygodni. W tym czasie lekarz ma możność upewnić się, czy istnieje u danego osobnika zaburzenie umysłowe, wzgl. czy miało miejsce w chwili dokonania czynu.

Wielce pomocnym lekarzowi pod tym względem może być personel pielęgniarski, który ma możność ciągłej obserwacji podsądnego. Obserwować powinien pielęgniarz bardzo szczegółowo, jednak w sposób nie rzucający się w oczy. Stosunek pielęgniarza do badanego powinien być szczery i przychylny, lecz nie poufały.

Podsądny przed młodszym pielęgniarzem jest mniej ostrożny, tak, że ten ostatni może łatwiej wykryć jego plany; wszystkie spostrzeżenia referuje pielęgniarz lekarzowi, zależnie od sytuacji o ile to jest możliwe uwiadamia również lekarza, dla którego naoczne spostrzeżenie może mieć wielką wagę.

Również w czasie odwiedzin badanego przez osoby obce, powinien pielęgniarz zwracać baczną uwagę na zachowanie się tychże i nie dopuścić do wymiany listów; takowe musi przedtem przejrzeć lekarz. Także służba nocna powinna zdawać szczegółowe raporty z obserwacji podsądnego, im dokładniejszy raport, tem lepszy; musi on jednak być zgodny z prawdą.

Wogóle pielęgniarz w swoim zawodzie powinien starać się poznać jak najlepiej charakter i stan psychiczny badanego, czem zwróci na siebie uwagę badanego.

Za obserwowanego, pielęgniarz jest odpowiedzialny przed prawem; tak za ucieczkę podsądnego wskutek niedbalstwa w dozorowaniu, jak za ułatwienie ucieczki badanemu z zakładu, grozi pielęgniarzowi więzienie. D. DAKURA — Dziekanka

---

DOPF KAROL: Pielęgnacja i leczenie chorych w dawnych czasach. (Krankenpflege u. Krankenbehandlung im Altertum). Geisteskrankenpflege 1931 nr. 2.

W starożytności nie znano wcale ani ubezpieczeń socjalnych, ani kas chorych, ani szpitali, ani lecznic. W Grecji udzielano pomocy lekarskiej żołnierzom. Do armji byli przydzieleni specjalni lekarze, którzy udawali się na pole walki. Istniały również stowarzyszenia lekarzy, którzy leczyli niewolników na koszt ich panów, leczenie to jednak traktowano nie z punktu widzenia humanitarnego, lecz gospodarczego i praktycznego. Świątynie greckie i rzymskie były oblegane w starożytności przez chorych żebraków, którzy w przedsionkach i na schodach oczekiwali żebrząc, końca swych udręczeń.

W starożytności t. zw. „Hospicium" nie było szpitalem w znaczeniu nowoczesnem, lecz tylko zjazdem dla podróżujących i cudzoziemców. Pierwszy szpital w znaczeniu nowoczesnem tego słowa, został założony przez cesarza rzymskiego Antoniusa Piusa. Szpital ten znajdował się w sąsiedztwie świątyni Eskulapa. Nie stosowano jednak w nim żadnych indywidualnych kuracyj w chorobach wewnętrznych. To samo można powiedzieć o pierwszym szpitalu żydowskim, t. zw. „domu dobrotliwości" wzniesionym przez Heroda Wielkiego. Z nastaniem ery chrześcijańskiej stosunki szpitalnicze uległy przeobrażeniu, dzięki temu, że chrześcijanie opierali pomoc, udzieloną chorym, na miłości bliźniego i współczuciu, a nie jak

poganie li tylko na chęci usunięcia chorych z miejsc publicznych, lub izolowaniu ich w razie wybuchu chorób zakaźnych. Podczas konciljum nicejskiego w r. 325 ustalone zostały obowiązki, ciążące na kierownikach Hospicjów. W 35 lat później Grzegorz z Nacjansu pisał do Juljusza Apostaty, że lepiej by postąpił, gdyby pomagał chrześcijanom w budowie szpitali i przytułków, zamiast sobie z chrześcijan podrwiwać.

Pierwsi biskupi chrześcijańscy czynnie zajmowali się zakładaniem szpilali dla chorych. I tak n. p. arcybiskup Kapadocki Bazyleusz założył w r. 380 największy w Europie, jak na owe czasy szpital zwany Bazyleum. W 20 lat później podobny szpital został ufundowany w Konstantynopolu przez Jana Chryzostoma. Szpital ten był utrzymywany z zapomóg kościelnych i własnych dochodów. Największy rozwój osiągnęły szpitale po powstaniu bractw pielęgnujących chorych i zakonów kawalerów mieczowych, klasztorów dla kobiet i mężczyzn, ślubujących ubóstwo, którzy całe swoje życie składali w ofierze chorym i kalekom. Niektóre z tych klasztorów wyspecjalizowały się w dziedzinie medycyny, lub dobroczynności, i tak jak jeden z nich przyjmował wyłącznie niewidomych, inne głuchoniemych, kaleki, starców, dzieci porzucone, i t. d. W epoce średniowiecznej, gdy Europę nawiedzały bezustannie wielkie epidemje trądu, cholery i morowej zarazy, oraz ospy, zostały założone specjalne kwarantanowe szpitale, celem umiejscowienia epidemji. Prawdziwy rozwój w znaczeniu nowoczesnem osiągnęły jednak szpitale dopiero w końcu XVII i na początku XVIII stulecia, równocześnie z rozwojem i postępami nowoczesnej medycyny, w szczególności chirurgji, gdy zawodowi lekarze objęli kierownictwo domów zdrowia i szpitali. W tym okresie duże miasta zaczęły zakładać szpitale. Poza duchownymi zajmowali się również szpitalnictwem ludzie świeccy. Nowoczesny Czerwony Krzyż jest również dziełem świeckiem, opartem na dobrowolnem i ochotniczem obsługiwaniu rannych podczas wojny i udzielaniu pomocy biednym, chorym i ich rodzinom. Świeckie organizacje sanitarne, dobroczynne, szpitalnicze, wychowawcze, i t p. przyczyniły się w znacznym stopniu do rozwoju ubezpieczeń socjalnych i kas chorych i do postawienia ich na takim poziomie, na jakim obecnie się znajdują.

Streściła nadpielęgniarka A. BARTOSZAKÓWNA — Dziekanka.

DR. BECKER: Gewaltsamer Tod (Zgony zadane gwałtem) Geisteskrankenpflege 1931, nr. 2).

W każdym wypadku śmierci przez laików zwanej „nienaturalną" t. j. nie umotywowanej, lub gwałtownej, ciało zmarłego usuwa się z pod opieki krewnych, przyczem spisuje się protokół zejścia i lekarze sądowi zostają wezwani, celem ustalenia przyczyny śmierci. Ci ostatni zarządzają w obecności sędziego zdjęcie odzieży ze zmarłego, następnie po ułożeniu ciała na stole sekcyjnym, przystępują do oględzin powierzchownych i zewnętrznych, potem do sekcji organów wewnętrznych. Wszystkie te czynności wykonywa się w terminach ustalonych sądowo. W protokóle sekcyjnym winny być wymienione i ściśle opisane nie tylko uszkodzone organy, lecz również należy stwierdzić stan normalny organów nieuszkodzonych. Ta czynność jest bardzo ważną, gdyż później mogą wyłonić się nowe i początkowo nie brane pod uwagę przyczyny morderstwa.

N. p.: przy powierzchownem zranieniu ciała narzędziem ostrem, może się okazać, że śmierć nastąpiła nie na skutek zadanej rany, lecz z innego powodu. Jako drugi przykład możemy podać wypadek śmierci przez utonięcie, wywołane apopleksją, a nie zamiarem samobójczym. Najważniejszem zadaniem obducenta jest ustalenie przyczyny śmierci, następnie wskazanie narzędzia, przy pomocy którego przestępstwo zostało dokonane.

Uszkodzenia dzielą się na dokonane narzędziami: 1) tępemi lub tępo — kanciastemi, 2) ciętemi, 3) sztychowemi, 4) strzałowemi. W rzadkich wypadkach tylko lekarz sądowy może ustalić rodzaj narzędzia. Celem bliższych informacyj zwraca się zwykle sędzia w tej sprawie do ekspertów, jak n. p. fabrykantów noży, broni palnej, i t. d., częściej jeszcze do chemików lub fizjologów, którzy ustalają, czy krew znajdująca się na narzędziu morderstwa jest pochodzenia ludzkiego, czy zwierzęcego, lub też wydają opinję o innych znakach, plamach, śladach, i t. d. Przy uszkodzeniach narzędziami tępemi, lub tępo—kanciastemi odróżnia się: 1) zdarcie skóry i siniaki 2) upływ krwi, 3) rany, 4) wstrząśnienia centralnego systemu nerwowego, 5) rozdarcia i zmiany położenia wewnętrznych miękkich organów, 6) złamania i zmiany położenia kości, 7) zdjęcia, lub odłączenia całkowitych części ciała.

Małe zdarcia skóry i siniaki, mają niewielkie znaczenie z punktu widzenia chirurgicznego, chyba, że spowodują infekcję, dla lekarza sądowego jednak są bardzo ważne, gdyż wskazują na miejsce, gdzie gwałt został zadany. Jeżeli zaś jest kilka tego rodzaju uszkodzeń, można ustalić mniejwięcej przebieg walki lub napaści. Znaki i zadraśnięcia n. p. koło szyji, w bliskości dróg oddechowych, mają szczególne znaczenie przy morderstwach, wywołanych uduszeniem i pozwalają ustalić, jak dawno morderstwo zostało dokonane. Przy upływach krwi i siniakach lekarz jest w możności stwierdzić, czy ukazały się one przed, czy po śmierci. Winien jednak umieć ściśle odróżnić zwykłe plamy pośmiertne od siniaków. Następnie lekarz sądowy zwraca uwagę na dodatkowe i podrzędne z punktu widzenia śledztwa uszkodzenia, wywołane: rzucaniem kamieni, wleczeniem zwłok po kamiennych i nierównych powierzchniach, pośmiertnem uszkodzeniem przez przypadkowo w pobliżu znajdujące się zwierzę, uszkodzeniami pochododzącemi od śrub okrętowych przy wyławianiu topielców, umyślnemi uszkodzeniami, spowodowanemi przez morderców, w celu zmylenia śledztwa i upozorowania samobójstwa, (n. p. układanie zwłok na szynach kolejowych, powieszenie zamordowanego i t. d.) Lekarz sądowy ustali pochodzenie i czas, w którym zostały dokonane razy, gdyż siniaki i guzy przechodzą przez różne fazy barwne: z początku są niebieskie, potem stają się zielono—żółte, można więc w ten sposób stwierdzić, jak dawno przed śmiercią zostały zadane. Po śmierci zaś wszelkie wylewy podskórne, guzy i t. d. są niemożliwe, uderzenia i razy zadane, więc po śmierci mają zupełnie inny wygląd. To samo można powiedzieć o innych uszkodzeniach, jak rany, złamania kości, odcięcia członków i t. d. Po śmierci nigdy nie może nastąpić ani opuchnięcie, ani widoczny podskórny wylew krwi.

Streściła: nadpiel. A. BARTOSZAKÓWNA (Dziekanka)

FERDYNAND GREIS: Zur Pflege bei Malariabehandlung. (Pielęgnacja chorych przy stosowaniu kuracji malararycznej). Geisteskrankenpflege 1931, nr. 2.

Szczepienie malarji uskutecznia się w ten sposób, że bierze się krew od chorego na malarję i zastrzykuje się

pacjentowi dożylnie, lub domięśniowo. Przy zastrzykach dożylnych gorączka ukazuje się na 3 dzień, przy domięśniowych, nieco później. Przy chorobach na tle syfilitycznem, następuje zwykle znaczne polepszenie stanu zdrowia, rzadziej wyleczenie, lub też nadal trwa stan niezmieniony w objawach psychicznych i fizycznych. Po zastrzyku chory winien być przeniesiony na oddział specjalny, na którym personel jest obznajomiony z właściwemi zabiegami. Chorego należy położyć do łóżka, zawiesić przy łóżku kartę temperatury z podaniem nazwiska chorego, daty pierwszego zastrzyku, rodzaju zastrzyku, oraz nazwisko tego, który swej krwi udzielił. Chory winien pozostawać pod ścisłą obserwacją w dzień i w nocy, przyczem należy mierzyć mu temperaturę co 2 godziny w dzień i co 4 godziny w nocy, puls również ma być notowany w karcie temperatury. Należy ściśle kontrolować chorego podczas wzmagania gorączki, która się objawia dreszczem i wstrząśnieniami ciała. Najważniejszem jest, aby tętno pozostawało jednomierne, silne i jednostajne. O ile puls pozostaje równomierny i silny, nie zachodzi obawa niebezpieczeństwa życia. Jeżeli jednak jest nieregularny, wahający i słaby, obowiązuje stosowanie natychmiastowe odpowiednich środków. W każdym razie we wątpliwych przypadkach należy natychmiast zawiadomić lekarza. Lekarz stosuje przeważnie przy tego rodzaju zasłabnięciach zastrzyki kamforowe, i inne wzmacniające działalność serca. Przy ciężkich zesłabnięciach lekarz łagodzi działanie kuracji za pomocą dawek chininy, lub zastrzyków wzmacniających działalność serca. Po 8 miu, lub 10-ciu atakach gorączki przerywa się choremu kurację za pomocą chininy. Celem podtrzymania sił fizycznych przepisuje lekarz specjalną dietę, której podstawą są esencjonalne rosoły, jajka, mleko i t. d. Zadaniem i obowiązkiem personelu pielęgniarskiego jest zachęcać chorego do jedzenia, gdyż u chorych z podniesioną temperaturą apetyt się zmniejsza. Chorzy tego rodzaju cierpią na pragnienie, wywołane gorączką. Należy więc zawczasu przygotować napoje owocowe, lub lekko osłodzić lemoniadę, do której w lecie dodać można trochę lodu. Personel pielęgniarski musi zwracać na to uwagę, aby chory nie pił zbyt szybko, gdyż to może mu zaszkodzić. Chorzy gorączkujący winni być zabezpieczeni przed przeciągiem, gdyż najmniejsze zaziębienie może wywołać zapalenie płuc, bardzo

niebezpieczne przy ogólnem osłabieniu fizycznem, spowodowanem gorączką. Przy częstej zmianie bielizny należy ciało chorego uprzednio wytrzeć z potu, a bieliznę osobistą ogrzać i szybko w nią chorego oblec.

A teraz kilka słów o pielęgnacji chorych na paraliż, przystosowaniu „Pyrifer'u". Jest to preperat w ampułkach, 1ccm³, posiadający tę wyższość nad zastrzykami malarycznemi, że w kuracji można robić większe przerwy, gdyż do każdorazowego wzmagania się temperatury potrzebny jest jeden zastrzyk. Środek powyższy stosuje się obliczając na t. zw. jednostki pojemności poczynając od 50 jednostek, dalej powiększając dozę do 100—200 — 500—1000—2000—2000—5000—5000—5000—5000, w sumie więc 12 zastrzyków. Gorączka ukazuje się w pół godziny po zastrzyku. Przy pielęgnacji obowiązują te same przepisy, co przy poprzednio opisanej kuracji malarycznej, należy jednak dodać, że temperatura winna być mierzona częściej, celem ustalenia maximum, gdyż gorączka równie szybko się wzmaga, jak opada i z tego powodu jest lżejsza do zniesienia dla chorego. Jako środki pokuracyjne należy wymienić Salvarsan, lub Bismogenol, przy stosowaniu których chory, za zgodą lekarza, może wstawać z łóżka.

Wyleczenie, lub poprawę stanu zdrowia chorego konstatuje się za pomocą analizy krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego.

Streściła nadpielęgn. A. BARTOSZAKÓWNA — Dziekanka.

JUNGHENN: Rola tkactwa w terapji zajęciowej psychicznie chorych. (Die Weberei und ihre Bedeutung für die Kranken). Geisteskrankenpflego, XXXV. Jahrgang, 1921 Nr. 3.

Celem lecznictwa dzisiejszych zakładów psychjatrycznych jest doprowadzenie pacjenta — za pomocą terapji zajęciowej do takiego stanu, że może opuścić zakład jako pożyteczny członek społeczeństwa. Terapja zajęciowa odgrywa tu rolę główną i w wielu przypadkach decydującą.

Warsztat tkacki zakładu psychjatrycznego w Haina, istniejący od paru zaledwie lat, rozwija się powoli, lecz stale z wielkim pożytkiem dla chorych. Rozpoczęto jednym warsztatem,

z biegiem czasu dokupowano dalsze (używane już) warsztaty. Reperacje uskuteczniała stolarnia zakładowa, która z czasem rozpoczęła też budowę nowych warsztatów. Wydatki poczynione na uruchomienie i rozszerzenie warsztatów były wobec tego stosunkowo małe.

Warsztaty mieszczą się w obszernych, widnych suterynach. W chwili obecnej posiadamy 7 dużych warsztatów, jeden wielki warsztat z maszyną do mechanicznego wyrobu najróżniejszych wzorów, oraz cały szereg ram.

Pacjentów, którzyby mogli pracować w warsztatach tkackich, wybiera lekarz. Każdy pacjent zaczyna od jakiegokolwiek wygodnego, łatwego do wykonania zajęcia i stopniowo, z biegiem czasu przechodzi do produkcji wyrobów coraz to delikatniejszych. Tym sposobem wzmaga się samopoczucie pacjenta, który w końcu jest dumny z postępów, jakie w pracy robi.

Pielęgniarz, dozorujący pracujących w warsztatach pacjentów, winien wykazać dużo znajomości rzeczy, zainteresowania, któreby mogło się udzielić innym, oraz cierpliwość i współczucie. Bez dobrze pojętej współpracy pielęgniarza postępy chorych w pracy są naogół ni możliwe. Dużą rolę odgrywa tu łagodna perswazja.

Gdy pacjent zapoznał się już z pracą przy szpulkach z kołowrotkiem, zaczyna wyrabiać ścierki, następnie drelichy, i tak dalej, aż do najdelikatniejszego płótna.

Zrobiono w tych warsztatach z chorymi bardzo dobre doświadczenia.. Pracują tam intensywnie nawet tacy pacjenci, których przedtem do żadnego zajęcia nakłonić nie było można.

Początki oczywiście są, jak wszędzie, trudne. Na tem jednak polega właśnie zadanie pielęgniarza, że winien wytężyć wszystkie swe siły, by wyprowadzić pacjenta ze stanu trwałej bezczynności, innego, podnieconego, lub podlegającego ruchom poniewolnym, paraliżującym wszelkie stałe zajęcia — powoli, powoli nauczyć pracy samodzielnej i produkcyjnej i niejako przykuć do warsztatu, który z czasem stanie się jego chlubą.

Współpraca z pacjentami w warsztatach daje pielęgniarzowi możność — wobec stałego bliskiego kontaktu — poznania jego stanu chorobowego oraz łagodzenia tegoż objawów. Należy się spodziewać, że terapja zajęciowa w warsztatach tkackich rozwijać się będzie nadal pomyślnie, dla dobra chorych.

Streściła: nadpiel. A. BARTOSZAKÓWNA – Dziekanka.
